Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2014–2015

33 253

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg

R

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 8 mei 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport[1] heeft op 10 maart 2015 met de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gesproken[2] over de opvolging van de motie-Flierman c.s.[3] over de spreiding van algemene zieken- huizen, alsmede over de brieven van de Minister van 2 juni 2014[4] en 6 maart 2015[5] over de spreiding van algemene ziekenhuizen en zorg in krimpregio's.
Naar aanleiding daarvan is op 15 april 2015 een brief gestuurd aan de Minister.

De Minister heeft op 7 mei 2015 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer

[1] Samenstelling:
Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) *(vice-voorzitter),* Linthorst (PvdA), Slagter-Roukema (SP) *(voorzitter),* Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Koning (PvdA)

[2] Verslag mondeling overleg 10 maart 2015: 33 253/29 247, Q

[3] 33 253, E

[4] 33 253, H

[5] 33 253, P

kst-33253-R
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

BRIEF VAN DE VOORZITTER VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 15 april 2015

Op 10 maart 2015 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met u gesproken[6] over de opvolging van de motie-Flierman c.s.[7] over de spreiding van algemene zieken- huizen, alsmede over uw brieven van 2 juni 2014[8] en 6 maart 2015[9] over de spreiding van algemene ziekenhuizen en zorg in krimpregio's. De commissie dankt u nogmaals voor het gevoerde overleg. De leden van de commissie – behoudens die van de VVD-fractie – willen naar aanleiding daarvan nog het volgende onder uw aandacht brengen.

Om te beginnen waardeert de commissie de expliciete erkenning uwerzijds van het belang van regionale en streekziekenhuizen. Dat belang wordt alleen maar groter gelet op de veranderingen in de zorgvraag (vergrijzing, toename chronische aandoeningen) die zeker in de perifere gebieden van ons land aan de orde is. De commissie stelt het evenzeer op prijs dat u de NZa een aanwijzing zult geven om tot een adequate invulling van de beschikbaarheidsbijdrage te komen. De commissie verneemt graag welke grondslag nu voor de toekenning van deze bijdrage zal worden gehanteerd.

De commissie heeft begrepen dat u uw verantwoordelijkheid voor het stelsel in krimpregio's actief gaat invullen, door onder andere regiotafels te organiseren, waar alle betrokken partijen in de regio aan tafel worden genood. De commissie waardeert dit initiatief. Zij hoopt dat op deze manier in de toekomst ook de onrust die zich de afgelopen tijd in sommige regio's heeft gemanifesteerd, kan worden voorkomen. De commissie zou nog graag van u vernemen in hoeverre deze gesprekken planmatig in alle regio's die het aangaat, worden georganiseerd, wat de opdracht in de gesprekken is, en wie de deelnemers zijn. Zijn daar behalve verzekeraars en aanbieders van zorg ook de patiënten, personeel, en gemeenten en provincie bij betrokken? Hoe wilt u waarborgen dat de regiefunctie die door of namens u in deze gesprekken wordt ingevuld, voldoende gewicht en sturend vermogen krijgt? Welke mogelijkheden zijn er voor u om partijen die zich niet wensen te binden aan de uitkomsten van deze gesprekken alsnog te committeren? Wordt over de resultaten van deze gesprekken op zodanige wijze gecommuniceerd, dat de hiervoor bedoelde onrust wordt voorkomen?

Zoals bekend kent de zgn. 45 minuten norm voor bereikbaarheid van verloskundige zorg en spoedeisende hulp geen wetenschappelijk onderbouwing meer. U handhaaft deze norm echter omdat daarmee een vorm van spreidingsbeleid tot stand komt. De commissie constateert dat dit een hele indirecte vorm van sturing is, die bovendien op een wankele, want niet inhoudelijk gefundeerde norm, is gebaseerd. Daarom herhaalt de commissie de vraag of niet een andere vorm van normstelling of aanwijzing, bij voorbeeld in de vorm van regio's waar ten minste een ziekenhuis zou moeten zijn, een beter fundament voor het spreidings-beleid is.

---

[6] Verslag mondeling overleg 10 maart 2015: 33 253/29 247, Q
[7] 33 253, E
[8] 33 253, H
[9] 33 253, P

Tijdens het mondeling overleg, en ook in uw brief van 6 maart, erkent u ook het belang van een partnerschap tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dat belang geldt overigens niet alleen in perifere regio's, maar overal in ons land. Daar hoort naar het oordeel van de commissie bij dat zorginkoop primair plaatsvindt op basis van kwaliteit, en te bereiken gezondheidswinst, en niet in de eerste plaats op grond van louter financiële motieven. Dat laatste gebeurt nog te veel, en de kwaliteit van het inkoopproces van de zorgverzekeraar kan in dat opzicht nog behoorlijk verbeterd worden. Zicht op een redelijke mate van continuïteit is voor een zorgaanbieder van groot belang, om zijn bedrijfsvoering en zorgaanbod voor langere tijd goed vorm te kunnen geven. In dat kader vindt de commissie het maken van meerjarige afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder ook van groot belang. U wilt het maken van die afspraken stimuleren, maar niet afdwingen, zo begrijpt de commissie. De commissie vraagt zich af of hier toch niet meer sturing en regie van de overheid gewenst is? Dat kan bij voorbeeld door het maken van meerjarige afspraken voor een basisvolume als norm of uitgangspunt voor te schrijven, waarbij voor het volume boven de basisafspraak en verder bij uitzondering van dit uitgangspunt kan worden afgeweken. Ook andere vormen van meerjarige afspraken met de nodige flexibiliteit zijn goed denkbaar. De commissie verneemt graag of u bereid bent op dit punt de sector nadere aanwijzingen te geven.

De genoemde leden van de commissie zien uw reactie op deze vragen met belangstelling tegemoet en verzoeken u deze uiterlijk 14 mei 2015 aan de Kamer te doen toekomen.

Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
T.M. Slagter-Roukema

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 mei 2015

Hierbij reageer ik op uw commissie brief van 15 april 2015 betreffende de visie curatieve zorg in krimpregio's en de motie Flierman (33 253 E). U refereert aan het overleg op 10 maart 2015 en wilt naar aanleiding van dat overleg nog wat zaken onder mijn aandacht brengen.

Beschikbaarheidbijdrage

U vraagt mij welke grondslag zal worden gehanteerd voor de beschikbaarheidbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde. Ik zal uw Kamer zo spoedig mogelijk een voorhangbrief toezenden over de aanpassing van de criteria voor de beschikbaarheidbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde. Ik kies er voor de beschikbaarheidbijdrage te behouden en zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing geven om in haar beleidsregel het criterium «overmachtsituatie zorgverzekeraars» te schrappen. Dit betekent dat enkel de voorwaarden zoals gehanteerd in het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG gelden voor het verkrijgen van een beschikbaarheidbijdrage.

Netwerkbijeenkomsten

Voor wat betreft de netwerkbijeenkomsten heb ik aangegeven in de krimpregio's, voor zover daar behoefte aan bestaat, netwerkbijeenkomsten te organiseren. Ik ben inmiddels op bezoek geweest in Zeeland en in Friesland. Deze bijeenkomsten geven de gelegenheid om afspraken te maken tussen verzekeraars, gemeenten, provincies, ziekenhuizen, huisartsenposten, vertegenwoordigers van huisartsenkringen en patiënten. Afspraken over onder andere de noodzakelijke samenwerking ten behoeve van de patiënt en cliënt, het aantrekkelijker maken van werken in deze regio's en het bieden van experimenteerruimte om specifieke innovaties gericht op zorg in krimpregio's uit te testen en te implementeren. Ook geeft het gelegenheid om als rijksoverheid best practices te delen en nieuwe initiatieven te initiëren. Juist in krimpregio's ontstaan nieuwe vormen van zorg. Mocht dit aanbod worden belemmerd door regels en/of wetten, daar niet inpassen, of andere hindernissen ondervinden, dan zal ik actief mee zoeken naar hoe deze zorg wel kan worden geleverd. In onder andere de netwerkbijeenkomsten zullen daarvoor suggesties worden opgehaald.
Ik heb daarnaast het landelijke Netwerk Bevolkingdaling[10] gevraagd om signalen uit de regio's op te halen. Indien hieruit blijkt dat er een lokale behoefte is aan een bijeenkomst, zal ik naast de bijeenkomsten in Zeeland en Friesland ook in deze regio's een netwerkbijeenkomst organiseren. Ik zal uw Kamer op de hoogte houden van de uitkomsten van de netwerkbijeenkomsten.

---

[10] Het Nationaal Netwerk Bevolkingsdaling, NNB, is opgericht om door kennisdeling en samenwerking een actieve aanpak te bevorderen van de gevolgen van bevolkingsdaling. Het NNB richt zich op gemeenten, provincies, departementen, samenwerkingsverbanden, onderzoeksinstellingen en maatschappelijke partners van diverse overheden. In het NNB werken de verschillende partijen samen om de diverse krimpvraagstukken te benoemen en te bespreken.

Zeeland

Tijdens het bezoek aan Zeeland heb ik nog eens van dichtbij kunnen zien wat het betekent voor het zorgaanbod wanneer een regio zich geconfronteerd ziet met veranderende eisen aan de kwaliteit van zorg en een omslag van bevolkingsgroei naar bevolkingsdaling. De bevolkingsdaling als gevolg van vergrijzing en ontgroening heeft gevolgen voor het voorzieningenniveau in de zorg en vergt soms het uiterste van betrokken partijen om de noodzakelijke voorzieningen op een kwalitatief goed niveau en op een economisch rendabele wijze in stand te houden. Eén ding is daarbij voor mij van grote betekenis: de overheid, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, gemeenten en patiënten hebben gezamenlijk – ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid – een taak om deze problemen rondom krimp aan te pakken.

Het is mijn stellige overtuiging dat dit in krimpgebieden – zoals Zeeuws Vlaanderen – vraagt om andere manieren om de zorg dichtbij te organiseren. Innovatieve samenwerkingsverbanden en technische vernieuwingen maken dit mogelijk. Krimpregio's zijn bij uitstek geschikt om te experimenten met nieuwe werkwijzen. Ik heb dan ook tijdens mijn bezoek aan de provincie Zeeland met alle zorgpartijen gesproken over de toekomst van de zorg in Zeeland en met hen afgesproken dat er binnen drie maanden een plan voor de toekomst van de Zeeuwse zorg komt. Dat is nodig voor het behoud van de noodzakelijke basisinfrastructuur voor de zorg in de regio. Ik organiseer een vervolg bijeenkomst met alle betrokken partijen om de voortgang te bespreken en te bezien wat resteert aan belemmeringen in de oplossingen.

Friesland

De bijeenkomst in Friesland heeft voorbeelden opgeleverd waar andere regio's van kunnen leren. De ervaringen in Friesland rond het faillissement van de Sionsberg leerde dat als er in een regio ingrijpende veranderingen in het zorgaanbod plaatsvinden, dit het beste verloopt als de bevolking goed wordt meegenomen in de noodzaak van die veranderingen en de mogelijke oplossingen. Er is vaak een informatieachterstand bij betrokken patiënten en burgers, en door hen mee te nemen in de problemen en in de plannen voor de toekomst en te betrekken bij de uitvoering daarvan wordt deze achterstand ingelopen en worden de plannen beter.

Daarnaast zijn in deze regio ervaringen opgedaan met het faillissement van ziekenhuis De Sionsberg als zodanig. Om van deze ervaring te kunnen leren voor de toekomst gaan we met de betrokkenen de faillissementssituaties vergelijken. Wat zijn de gevolgen van een faillissement, hoe kan een faillissement worden voorkomen en als dat niet lukt, hoe kan de nodige zorg na een faillissement weer duurzaam opgebouwd worden.

45 minutennorm

Voor de concentratie van ziekenhuiszorg is op dit moment één wettelijke ondergrens van belang, te weten de 45 minutennorm voor acute zorg. Deze norm kent inmiddels inderdaad geen medische onderbouwing meer, maar is voor mij erg belangrijk als het gaat om het behoud van een goede spreiding en infrastructuur van ziekenhuiszorg in Nederland. Een nieuwe norm, met een medische onderbouwing, zou wel eens een in mijn ogen ongewenste invloed kunnen hebben op de huidige spreiding en infrastructuur. Want voor de hand ligt dat er dan een ruimere norm komt. Ambulances zijn in de loop der jaren van vervoer ontwikkelt tot een plaats waar al behoorlijk veel zorg in kan worden verleend.

Daarnaast is de zorgplicht van de zorgverzekeraar van belang voor de spreiding van de medisch specialistische zorg in Nederland. Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars om voldoende zorg in te kopen om jegens hun verzekerden aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Dit betekent dat verzekeraars ervoor dienen te zorgen dat verzekerden die woonachtig zijn in buitengebieden gebruik kunnen maken van de benodigde zorg. Via de zorginkoop kunnen verzekeraars sturen op de spreiding van zorgvoorzieningen en kunnen zij partijen vragen om tot inhoudelijke afstemming te komen. Ook kan de zorgverzekeraar innovatieve oplossingen stimuleren en financieren. Door zijn inkooprol heeft de zorgverzekeraar dus zowel de positie als de mogelijkheid om concentratie, spreiding, kwaliteit en bereikbaarheid in de regio te realiseren.

Meerjarige contracten

Op dit moment voert het Ministerie van VWS gesprekken met alle zorgverzekeraars om te inventariseren of zij op dit moment al meerjarige contracten gebruiken, en waarom eventueel niet. Op basis van deze gegevens zal ik bekijken of er stimuleringsacties nodig zijn en welke acties dit zouden kunnen zijn. De suggesties van uw Kamer zal ik daarbij betrekken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers